

# Género y Salud en Cifras

Vol. 2, no. 1

Enero - Abril 2004



## PRESENTACIÓN

Las mujeres y los hombres de cualquier comunidad son el objetivo central del desarrollo, y para lograr un desarrollo con oportunidades es necesario, entre otras cosas, invertir en salud. Invertir en la salud reproductiva permite reducir el crecimiento demográfico, optimizar los recursos educativos o laborales, pero sobre todo permite a las personas y a las parejas explicitar sus derechos y aspiraciones reproductivas. Durante los últimos 30 años se han logrado notables avances en materia de salud reproductiva, particularmente en planificación familiar, lo cual ha permitido reorientar la dinámica demográfica del país y disminuir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal al prevenir embarazos no planeados o no deseados.

Actualmente México tiene un ritmo más armónico de crecimiento poblacional y una mayor esperanza de vida al nacer; sin embargo, en el escenario nacional persisten grandes contrastes y desigualdades entre las distintas regiones, clases sociales, grupos específicos de la población, y entre hombres y mujeres.

Las inequidades geográficas, culturales, étnicas, socioeconómicas, de edad, género o discapacidad que todavía caracterizan a nuestro país sólo pueden resolverse con los esfuerzos coordinados de todos los sectores, y con políticas de población, desarrollo, educación y salud que respondan a este objetivo.

La pobreza y la salud reproductiva tienen una relación biunívoca que puede originar círculos virtuosos o viciosos. Las poblaciones con mayor pobreza y marginación presentan (y esto no es tan notorio en otros aspectos de la salud) constantemente rezagos en los indicadores de salud reproductiva: mayor

Fuente: 1 Cook RJ, Dickens BM, Ngweni C, Plata MI. Ethical and legal issues in reproductive health. Int J Gynecol Obst 2001; 75:185-191.

## CONTENIDO

### Las construcciones sociales sobre las relaciones de género y su influencia en las prácticas sexuales

3

Ivonne Szasz

### Género, salud y equidad

6

Laura A. Pedrosa Islas, Mariana Yanes Esser

### La participación de los hombres derechohabientes del IMSS en algunos aspectos de la salud reproductiva

11

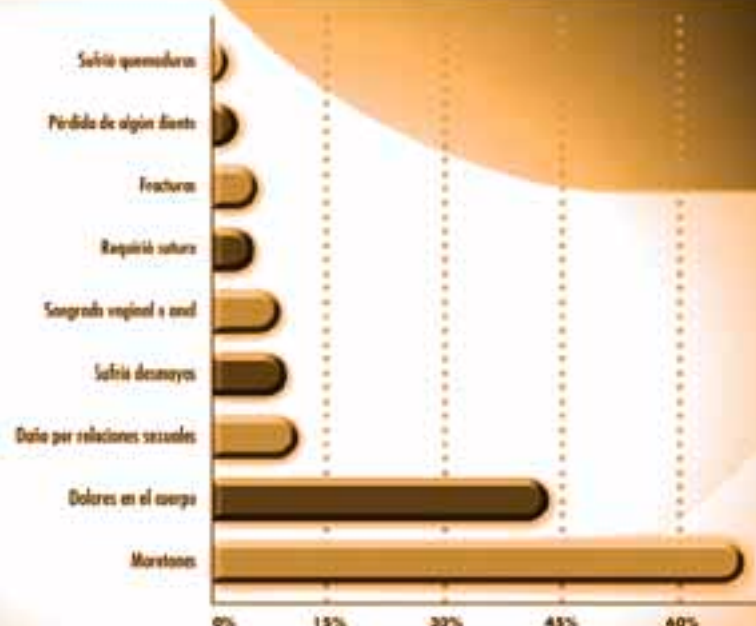
Doroteo Mendoza Victorino, Isabel Padilla Vallejo

### Prevalencia de violencia de pareja actual en mujeres mexicanas y consecuencias físicas: algunos resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003

17

Romero Valdez, Martha Hajar, Leticia Avila, Rosalba Rojas, Aurora Franco, Leonor Rivera, Gustavo Olaiz

Consecuencias del maltrato. EMVIM, 2003.





**Secretaría de Salud**  
**Boletín Género y Salud**  
**en Cifras**

**Directorio**

Secretario de Salud  
Dr. Julio Frenk Mora

Consejo Directivo  
Dra. Patricia Uribe Zúñiga  
Dr. Rafael Lozano Ascencio  
Dra. Ana Langer Glas

Comité Editorial  
Dr. Héctor Ávila Rosas  
Dr. Mario Bronfman Pertzovsky  
Dr. Roberto Castro Pérez  
Dra. Sonia Fernández Cantón  
Dr. Héctor Gómez Dantés  
Dr. Benno de Keijzer Fokker  
Mtra. Ma. de la Paz López Barajas  
Mtra. Ma. Isabel Monterrubio Gómez  
Dr. Gustavo Olaiz Fernández  
Dra. Laura Pedrosa Islas  
Dra. Blanca Rico Galindo  
Dra. Aurora del Río Zolezzi  
Dra. Ivonne Szasz Pianta  
Dra. Margarita Velázquez Gutiérrez  
Lic. Raúl Wong Luna  
Lic. Elena Zúñiga Herrera

Editor  
Alonso Restrepo

Secretaria técnica  
Mtra. Blanca E. López Contreras

Publicación cuatrimestral.  
Editada y distribuida por  
el Centro Nacional  
de Equidad de Género y Salud  
Reproductiva y la Dirección  
General de Información  
en Salud.

Los materiales publicados  
son responsabilidad de sus autores.

Comentarios y correspondencia  
escribir a [blopez@salud.gob.mx](mailto:blopez@salud.gob.mx)  
Guadalajara 47, piso 7  
Col. Roma C. P. 06700  
México, D. F.

morbilidad y mortalidad materna y neonatal, elevada prevalencia de infecciones de transmisión sexual, inicio temprano de la fertilidad, deserción escolar y orfandad prematura. Todo lo anterior contribuye a su vez a ahondar el rezago de las personas en situación de pobreza.

Fortalecer las acciones y los programas de salud reproductiva en las poblaciones con mayor rezago es un imperativo ético, un justo reclamo de los derechos humanos y un factor indispensable para el desarrollo general de toda la nación. En todo el mundo se ha demostrado que el desarrollo social y económico facilita el disfrute de los derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y los reproductivos. Los gobiernos tienen tres tipos de obligaciones diferentes y complementarias frente a los derechos sexuales y reproductivos: respetarlos, protegerlos e implementarlos, es decir "tomar medidas legislativas, administrativas y presupuestarias, de acuerdo con sus máximas capacidades, para asegurar que las mujeres vean realizados sus derechos al cuidado de la salud".<sup>1</sup>

Una forma de disminuir las desigualdades en salud es incorporar la perspectiva de género en sus programas y acciones. La Secretaría de Salud ha puesto manos a la obra en este sentido con la creación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en una visión holística, que busca disminuir las inequidades de género en un marco de derechos humanos y promover la salud de la mujer en todo su ciclo de vida, sin limitarse únicamente a la salud reproductiva, y reconociendo el gran impacto que la salud de las mujeres tiene en el desarrollo social y económico de las comunidades.

Por lo anterior, se decidió que este número 4 de la revista *Género y Salud en Cifras* incluya una serie de artículos que señalen cómo el género influye en las prácticas sexuales, en el acceso a los servicios de salud, en la gestión de recursos y en los patrones de morbilidad y mortalidad relacionados con la salud reproductiva, y un artículo más sobre la violencia de género, pues ésta tiene múltiples repercusiones en la salud reproductiva: embarazos no deseados, síndromes dolorosos crónicos, infecciones de transmisión sexual y trastornos ginecológicos.

El artículo de Ivonne Szasz, "Las construcciones sociales sobre las relaciones de género y su influencia en las prácticas sexuales", trata de la influencia que ejercen los estereotipos de género socialmente construidos en las prácticas sexuales. Este artículo analiza la forma en que las normas de género sobre la sexualidad femenina y masculina, así como los intercambios desiguales en la sexualidad, dificultan la adopción de medidas preventivas para evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, e incluso fomentan abusos sexuales. La autora propone realizar estudios de género y salud reproductiva que vayan más allá de los daños a la salud, y sirvan de base para promover relaciones más democráticas entre hombres y mujeres, lo cual, a la larga, podría derivar en mejores condiciones de salud reproductiva para ambos sexos.

El trabajo titulado "Género, salud y equidad", de Laura Pedrosa y Mariana Yanes, trata de cómo las concepciones de género son utilizadas para justificar grandes inequidades entre hombres y mujeres, así como de la diferenciación de los patrones de salud y enfermedad según el sexo. Se describen las problemáticas de salud que requieren ser analizadas desde la perspectiva de género y se analiza cómo las desigualdades de género impactan en el acceso a servicios de salud, en los distintos papeles en el cuidado de la salud y de la enfermedad, en los patrones de morbilidad y mortalidad y en la gestión de recursos para salud; la perspectiva de género se convierte así en una herramienta indispensable para el análisis y el establecimiento de prioridades en el sector.

En el artículo de Doroteo Mendoza se hace un análisis de los hallazgos de la Encuesta de Salud Reproductiva, que se aplicó en 1998 a mujeres y hombres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La población derechohabiente del IMSS es una porción importante de aquella sociedad mexicana con acceso constante e ininterrumpido por largos periodos (12 años) a los servicios de salud, condición que la hace propicia para analizar el impacto de las políticas y los programas de salud reproductiva. En este trabajo se analizan las cifras de la población masculina en relación con sus prácticas sexuales, el promedio de hijos, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, así como la prevención de infecciones de transmisión sexual y de cáncer de próstata. Además, ya que el uso de métodos anticonceptivos propios del varón resultó bajo, se plantea en el estudio la necesidad de mejorar la participación de los hombres en las acciones de salud reproductiva.

Por último, el trabajo del grupo de investigación del Instituto Nacional de Salud Pública, conformado por Rosario Valdez y colaboradores, ofrece un análisis de los principales hallazgos de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, realizada en 2003, en este caso, la ejercida por sus parejas contra las usuarias de los servicios de salud encuestadas. En el artículo se describe la metodología utilizada y se resaltan los principales datos, que incluyen una prevalencia de violencia de pareja en los últimos 12 meses de 25.2%. Se muestra que todas las entidades federativas presentan una elevada prevalencia de violencia de pareja y que 22.9% de las mujeres que la sufrieron acudieron a los servicios de salud, situación que ofreció una oportunidad tanto para la detección como la atención adecuadas. Se propone realizar estudios más específicos para profundizar en las causas que favorecen la violencia de pareja hacia la mujer.

En resumen, el número 4 de *Género y Salud en Cifras* analiza el impacto de la desigualdad de género en la salud reproductiva y en la violencia de pareja; se muestra así la pertinencia de utilizar esta categoría de análisis en el tema de la salud reproductiva, y se pone de relieve la necesidad de buscar estrategias innovadoras que promuevan la participación activa de los varones, así como relaciones más equitativas entre hombres y mujeres en el ejercicio de la sexualidad y de la reproducción.

**Patricia Uribe Zúñiga**



# Las construcciones sociales sobre las relaciones de género y su influencia en las prácticas sexuales

Ivonne Szasz  
El Colegio de México



Este breve ensayo trata sobre algunas de las influencias que ejercen los estereotipos de género socialmente construidos sobre las prácticas sexuales. Estas prácticas constituyen una dimensión importante de la salud reproductiva. El término “género” designa la construcción social y la simbolización cultural de las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres y se refiere a las relaciones entre ambos. Como construcción social, constituye una realidad objetiva y subjetiva que se impone a los individuos y grupos, realidad que ellos a su vez elaboran y reelaboran continuamente con base en sus experiencias y en los significados que provienen del lenguaje, la cultura y las relaciones sociales de las que forman parte.<sup>1</sup>

## Normas de género sobre la sexualidad femenina

Diversas culturas valoran la preservación de la virginidad de las mujeres hasta el matrimonio, condenan sus expresiones de deseos eróticos y de placer y exigen una fidelidad sexual estricta para las casadas, imponiendo severas sanciones sociales para quienes infringen estas reglas. A su vez, cumplir con estas normas es lo que permite a las mujeres establecer relaciones afectivas y conyugales.

En este tipo de contextos culturales, el deseo de afectividad, de formar una pareja y de tener una situación social de legitimidad, presiona a las mujeres hacia prácticas que pueden implicar riesgos para su salud. Una de esas prácticas es la unión conyugal temprana. En presencia de atracción y de juegos eróticos con un joven, las jovencitas tenderán a buscar o aceptar las propuestas de convivencia conyugal, para evitar la pérdida de la virginidad antes de esa convivencia. Esta convivencia puede iniciarse cuando aún se conocen poco e independientemente de si han reflexionado o no sobre las implicaciones de formar pareja. Otra de esas prácticas es la falta de uso de anticonceptivos antes de la procreación. Aun en contextos donde el uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas es casi universal, los estereotipos de género presionan a no usarlos a las jóvenes que no han tenido hijos. La idea de una joven que acepta las relaciones sexuales, pero evita el embarazo, es una expresión de deseo sexual femenino activo.

Simboliza que una jovencita no está suficientemente enamorada o no es suficientemente seria como para desear un hijo de su pareja. Demandar el uso de anticonceptivos puede despertar sospechas sobre la experiencia sexual previa de la joven o sobre su promiscuidad.

## Referencias

- 1 Ariza M, Oliveira O. Acerca de la condición femenina: propuesta de un marco analítico. México DF: El Colegio de México. 1996.
- 2 Ortiz-Torres B, Williams S, Erhardt A. Urban women's gender scripts: Implications for HIV prevention. *Culture Health and Sexuality* 2003; vol 5(1):1-17.
- 3 Castro R, Miranda C. La reproducción y la anticoncepción desde el punto de vista de los varones. Algunos hallazgos de una investigación en Ocuilco, Morelos. En: Lerner S, ed. *Varones, sexualidad y reproducción*. México DF: El Colegio de México. 1998.
- 4 Flood M. Lust, trust and latex: Why young heterosexual men do not use condoms. *Culture, Health and Sexuality* 2003; vol 5(4):353-369.
- 5 Ford N, Meloni E, Vieira W. Beyond stereotypes of Brazilian male sexuality: Qualitative and quantitative findings from Sao Paulo, Brazil. *Culture, Health and Sexuality* 2003; vol 5(1):53-69.
- 6 Bronfman M, Minello N. Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH. En: Bronfman M, ed. *SIDA en México. Migración, adolescencia y género*. México DF: Información Profesional Especializada. 1995:3-89.
- 7 Wyal D, Ehrhardt A. Masculinity and urban men: Perceived scripts for courtship, romantic and sexual interactions with women. *Culture, Health and Sexuality* 2003; vol 5(4):295-319.
- 8 Rodríguez G, Amuchástegui A, Rivas M, Bronfman M. Mitos y dilemas de los jóvenes en tiempos de SIDA. En: Bronfman M, ed. *SIDA en México. Migración, adolescencia y género*. México DF: Información Profesional Especializada. 1995:93-199.

En algunos contextos, expresar que desea las relaciones eróticas por sí mismas puede llevar a una joven a ser rechazada por su pareja, a ser considerada poco seria o poco apta para un compromiso afectivo. Las situaciones que legitiman las relaciones sexuales de las mujeres aun antes del matrimonio son las de pérdida del control por enamoramiento y, por lo tanto, suponen imprevisión en las relaciones sexuales.

Una práctica que afecta los riesgos para la salud reproductiva y que se relaciona muy frecuentemente con estereotipos de género es la falta de uso de medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). Los valores restrictivos sobre la sexualidad femenina promueven el desconocimiento de las mujeres sobre la existencia de este tipo de infecciones y sobre las formas como se pueden contraer. Aunque existe información muy difundida sobre la posibilidad de contraer el VIH-SIDA a través de relaciones sexuales, la idea generalizada es que solamente están expuestas a ese contagio las personas "promiscuas". Una mujer que solamente mantiene relaciones sexuales con su novio o con su esposo no se percibe sujeta a ese riesgo. En caso de dudar de la fidelidad sexual de su pareja, no es fácil que solicite el uso de medidas preventivas porque puede temer que la culpen a ella de falta de fidelidad.

Tampoco es habitual que las mujeres piensen en la vida sexual previa de su pareja como una dimensión que las pueda poner en riesgo.<sup>2</sup>

### Normas de género sobre la sexualidad masculina

En esos mismos contextos culturales donde se valora la virginidad de las mujeres solteras, la fidelidad de quienes están unidas y la falta de expresiones de deseo y de placer erótico en las mujeres, se valora positivamente la experiencia sexual masculina y las demostraciones de desempeño sexual en los varones. Estos valores presionan también hacia prácticas que afectan la salud reproductiva. Entre los estereotipos de género más arraigados destaca la creencia en una necesidad

sexual o impulso biológico irrefrenable de los varones que requiere ser satisfecho en forma más o menos continua y en cualquier circunstancia.<sup>3</sup> Esta creencia genera permisividad social hacia la infidelidad masculina, fomenta la valorización de la experiencia sexual previa y extra conyugal de los varones y promueve la búsqueda de encuentros sexuales ocasionales. En las relaciones conyugales y otro tipo de relaciones estables, promueve la aceptación de las demandas sexuales masculinas independientemente de los deseos propios e inhibe el uso de medidas preventivas.<sup>4,5</sup> Muchas ideas sobre la masculinidad consideran que hay una afirmación de la virilidad implícita en el logro de la erección del pene, de la penetración sexual y de las conquistas y proezas sexuales. Este tipo de creencias culturales no solamente fomenta la diversidad de prácticas y de tipos de parejas y de encuentros eróticos, sino que puede propiciar incluso los abusos sexuales.<sup>6,7</sup>

Las creencias, mitos y experiencias de afirmación de las identidades masculina y femenina en el terreno de la sexualidad son diferentes, complementarias e interactivas y se reafirman mutuamente, de manera que se reitera una relación de asimetría que reproduce relacionamente los estereotipos de género y los comportamientos de riesgo que resultan de ellos.<sup>8</sup>

### Género, sexualidad y poder

Las relaciones sexuales y las negociaciones verbales y no verbales en torno a ellas expresan intercambios en los que no siempre el valor intercambiado es el mismo (placer por placer). Estos intercambios desiguales se basan en percepciones de necesidades eróticas diferentes en hombres y mujeres, normas divergentes de moral sexual para cada sexo, diferentes atributos sexuales que definen la identidad de hombres y mujeres, y acceso desigual a recursos. Ciertas características, como la capacidad de atraer sexualmente, de proporcionar placer, de preservar la castidad y la fidelidad marital y de desconocer o guardar silencio sobre el deseo y el placer sensuales son construidas en diversas culturas como atributos



sexuales femeninos. Estos atributos constituyen importantes valores de cambio en las relaciones hombre-mujer, especialmente en contextos donde las mujeres tienen escaso acceso a recursos, y donde las normas sobre el comportamiento sexual femenino son más estrictas. La importancia de lograr y mantener una unión marital relega los deseos y preferencias de las mujeres a un segundo plano, atribuyendo mayor importancia a complacer sexualmente al varón. El comportamiento sexual es un medio que les permite a las mujeres adquirir y mantener relaciones familiares adecuadas, en entornos donde esas relaciones son el principal recurso al que acceden y donde tienen escasas opciones alternativas de vida. De esta manera, el comportamiento sexual femenino no responde únicamente a normas y valores, sino también a las condiciones materiales de vida y a las opciones de acceso a recursos para las mujeres.<sup>9-13</sup> Estas formas de construir la sexualidad restringen las posibilidades de prever o evitar relaciones sexuales, de usar medidas preventivas de contagios de ITS, de usar anticonceptivos y de evitar las consecuencias no buscadas de los intercambios sexuales.

La dimensión del poder aparece como central en los estudios sobre las culturas sexuales. Diversas investigaciones afirman las percepciones, tanto en hombres como en mujeres, de que la iniciativa sobre cuándo y cómo tener relaciones sexuales corresponde al varón en las parejas heterosexuales. Los esfuerzos de dominación y control vinculados con la genitalidad están presentes en prácticas como las bromas, juegos de palabras y contactos corporales en espacios de hombres solos, y el poder aparece como una dimensión importante en las relaciones sexuales conyugales y en los encuentros eróticos ocasionales y en las parejas no maritales entre hombres, y entre hombres y mujeres. Diversas formas de coerción, violencia y abuso sexual aparecen de manera persistente en los relatos sobre la vida sexual de las personas.<sup>6,14</sup> Al igual que el necesario uso de la sexualidad como recurso entre las mujeres que carecen de opciones alternativas, la necesidad

de iniciativa, dominación y control sexual por parte de los varones dificulta la conciencia de riesgo, el uso de medidas preventivas y el control de la procreación, generando consecuencias para la salud reproductiva.<sup>15</sup>

### Consideraciones finales

La construcción social del género constituye una dimensión relacional cuya influencia en la salud reproductiva debe buscarse no solamente en las condiciones socioeconómicas de las mujeres, sino también en la esfera cultural, en las prácticas y sus significados, en las relaciones entre ambos sexos y en la experiencia subjetiva tanto de varones como de mujeres.

Las articulaciones entre desigualdad de género y otras formas de desigualdad social, y entre poder de género y otras relaciones de poder son tan complejas que cualquier intento de considerar las interrelaciones entre género y salud reproductiva requiere la concreción del contexto espacial, temporal, histórico, sociocultural y de experiencias subjetivas en el cual ocurren esas relaciones.

Los estudios de género enfocados al ámbito de la salud reproductiva requieren ir más allá de los daños a la salud de las mujeres, abarcando también dimensiones culturales, subjetivas y relacionales contenidas en la dimensión de género y explorando sus posibles consecuencias para el bienestar de varones y de mujeres.

Las ideas expuestas en este trabajo sugieren que cambios sociales que den origen a relaciones más democráticas en los intercambios eróticos entre hombres y mujeres, y a la aceptación cultural de diversas manifestaciones de lo masculino y lo femenino, podrían derivar en mejores condiciones de salud reproductiva para hombres y mujeres.

### Referencias


- 9 George A. Gender, sexuality and HIV/AIDS: Reflections from India. Ponencia presentada en International Conference on Reconciling Sexuality: International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health; 1996 April 14-17; Rio de Janeiro, Brazil.
- 10 Paiva V. The sexual subject: Societal vulnerability, gender and empowerment. Paper presented to the International Conference on Reconciling Sexuality: International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health; 1996 April 14-17; Rio de Janeiro, Brazil.
- 11 Barbosa R, Uziel AP. Gender and power: Sexual negotiation in time of AIDS. Ponencia presentada en International Conference on Reconciling Sexuality: International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health; 1996 April 14-17; Rio de Janeiro, Brazil.
- 12 Dixon-Müller R. The sexuality connection in reproductive health. *Stud Fam Plann* 1993; vol 24(5):269-281.
- 13 Harvey M, Beckman L, Bird S. Feeling powerful in heterosexual relationships: Cultural beliefs among couples of Mexican origin. *Culture, Health and Sexuality* 2003; vol 5(4):321-337.
- 14 Liguori AL. Las investigaciones sobre bisexualidad en México. *Debate Feminista* 1995; vol 6(11):132-156.
- 15 Campbell C. Male gender roles and sexuality: Implications for women's AIDS risk and prevention. *Social Science and Medicine* 1995; 41(2):197-210.

# Género, salud y equidad

Laura A. Pedrosa Islas

Mariana Yanes Esser

Centro Nacional de Equidad de Género  
y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud,  
México



La salud tiene que ser entendida en un amplio marco de referencia en donde intervienen condicionantes económicos, sociales, políticos y culturales, que se derivan del proceso de globalización, por el que se ha generado una situación de interdependencia mundial. Así, resultan conectadas las naciones, las economías y también las personas.<sup>1</sup> Lo anterior acarrea cambios en el proceso salud-enfermedad-atención que pueden valorarse como positivos o negativos. Si bien tales cambios se ubican en las diferentes localidades, su origen puede encontrarse en la situación global. Tal interdependencia ha favorecido la generación de acuerdos internacionales que comprometen a los gobiernos firmantes a atender la situación de salud vinculándola a programas de educación, equidad entre los sexos y promoción de la autonomía de las mujeres.<sup>2</sup>

La salud se relaciona estrechamente con una serie de condicionantes próximas y lejanas que favorecen o no la presencia de enfermedades y con ello el proceso salud-enfermedad-atención. La cultura forma parte intrínseca de todos los sistemas sociales y económicos y, como tal, genera símbolos y significados que no se ven, pero están presentes en cuanto hacemos, pensamos y decimos, y dan sentido a toda actividad humana.

En términos biológicos, la distinción más evidente entre mujeres y hombres son las diferencias entre sus sistemas reproductivos. Estas variaciones anatómicas y hormonales constituyen la base a partir de la cual los individuos son adscritos a un sexo particular. Sin embargo, representan sólo una parte del complejo conjunto de criterios a partir de los cuales distinguimos lo femenino de lo masculino. Igualmente importantes son las características definidas socialmente que las diferentes culturas asignan a aquellos

individuos definidos como mujer u hombre, es decir, el género. Las posturas esencialistas suelen justificar estas diferencias con referencia a la biología. Pero en realidad, las diferencias de género son potencialmente cambiantes en formas que la mayor parte de las características biológicas no lo son.<sup>3</sup> El género, entonces, no es sinónimo de “sexo” ni de “mujer”, sino la construcción social de la masculinidad y la femineidad elaborada a partir de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

La división social de género adscribe a hombres y mujeres oportunidades, roles y responsabilidades específicas. Marca papeles, prácticas y relaciones sociales entre y para ambos, generalmente desiguales y jerárquicos (en tanto implica una dimensión de poder), construidos a través de instituciones sociales (como la familia, el Estado, la Iglesia), sistemas simbólicos inscritos en los lenguajes, costumbres y ritos, sistemas de normas y valores (jurídicos, científicos, políticos), y las identidades subjetivas que pautan nuestras formas de pensar, sentir y relacionarnos. Las variaciones que se establecen entre géneros son utilizadas generalmente para justificar grandes inequidades entre hombres y mujeres en el acceso a una amplia variedad de recursos económicos y sociales. Asimismo, tienen impacto en la diferenciación de los patrones de salud y enfermedad de acuerdo con el sexo.<sup>4</sup>

El género, como categoría analítica, propone la reflexión y análisis de las condiciones como mujeres y hombres actúan en sociedad. Permite analizar también los perfiles de salud y enfermedad, y ofrece la posibilidad de indagar cómo éstos se conforman, a partir del conocimiento de las condiciones que los originan desde los niveles individual micro y macro sociales.

Hombres y mujeres experimentan diferencias en sus ciclos de vida y diferentes patrones de enfermedad, con variaciones importantes entre países y niveles de desarrollo. Se ha sugerido que en las sociedades en donde el trato hacia las mujeres no es igual que el dado a los hombres, hay repercusiones en la salud de ellas.<sup>1</sup>

### ¿Cuáles son las problemáticas de salud que de manera prioritaria requieren ser analizadas desde el género?

Aunque la categoría de género, como herramienta analítica, puede emplearse para una amplia gama de temas, incluidos los de salud, organismos internacionales especializados en salud han propuesto diversas problemáticas

Cuadro I

#### Prioridades mundiales en torno a género, salud y desarrollo

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Salud ocupacional</b> <sup>1</sup>      | En 1999, las mujeres fueron entre 33 a 42% de la fuerza laboral global. En casi todas las regiones, la fuerza laboral femenina se ha incrementado, pero más mujeres que hombres trabajan en empleos familiares no remunerados.   | Las mujeres representan entre 60 y 90% de los 27 millones de trabajadores en las más de 2 000 zonas de procesamiento de exportaciones, donde la salud ocupacional y la legislación ambiental las exponen a riesgos y a jornadas extenuantes.   |
| <b>Seguridad alimentaria</b> <sup>15</sup> | Las mujeres representan 51% de la mano de obra agrícola en el mundo. La proporción del volumen de trabajo que recae sobre ellas va en aumento. Los hombres pueden contribuir a garantizar la seguridad alimentaria apoyando las decisiones reproductivas de las mujeres, al acceso y control de la tierra y a los recursos financieros, entre otras medidas. <sup>16</sup> | En África y Asia, las mujeres trabajan alrededor de 13 horas semanales más que los hombres. En Asia, ellas constituyen 90% de la mano de obra para el cultivo de arroz. En África, además de preparar los alimentos, las mujeres realizan 90% del trabajo de recogida de leña y agua para el hogar.  |
| <b>Nutrición</b> <sup>15</sup>             | Las mujeres participan en todos los eslabones de la cadena alimentaria, y con mayor frecuencia son las responsables de hacer llegar los alimentos en buenas condiciones para el consumo, incluso hasta los hogares.  | La distribución de alimentos actualmente varía de acuerdo con el género, estado socioeconómico, región y etnicidad, lo que condiciona el total de calorías que se consumen diariamente. De acuerdo con los factores enunciados, en algunas regiones del planeta las mujeres resultan más vulnerables a la desnutrición, mientras en otras son más susceptibles a la obesidad y a los estados patológicos asociados a ella. |
| <b>Salud mental</b> <sup>1</sup>           | Cinco de cada 10 causas de discapacidad en el mundo son debidas a problemas de salud mental. El 90 a 95% de los casos de depresión, y aproximadamente 70% de casos de esquizofrenia en los países en desarrollo no son tratados.   | La depresión mayor ocurre dos veces más en las mujeres que en los hombres. Para 2002 se estimó como la mayor carga de enfermedad para las mujeres.   |
| <b>Tabaquismo</b> <sup>17</sup>            | Alarmante incremento del tabaquismo entre las mujeres en el mundo.   | En 1997, la relación hombre/mujer en todas las regiones del mundo era en promedio de 3.6:1, que para 1999-2002 cambió a 1.6:1.   |
| <b>VIH/SIDA</b> <sup>18</sup>              | En América Latina y el Caribe la infección por el VIH tiene como mecanismo principal de transmisión las relaciones sexuales. El VIH/SIDA amenaza en algunos países la seguridad alimentaria, situación que se agrava en donde las mujeres constituyen la mayor proporción de los productores primarios.  | En algunos países de la región la transmisión es de predominio heterosexual y la prevalencia entre mujeres embarazadas alcanza 2%. En otros, predomina la transmisión hombre-hombre. En general, coexisten todos los mecanismos de transmisión, y los patrones de género juegan un papel importante.   |
| <b>Violencia</b> <sup>19</sup>             | En 2000, se estimó que 1.6 millones de personas en el mundo murieron a causa de violencia auto-inflingida, interpersonal o colectiva. En el ámbito mundial la tasa de muertes por homicidio se sitúa en 13.6 por 100 000 habitantes para los varones, mientras para las mujeres se encuentra en 4.0 por 100 000 habitantes, respectivamente.                               | Las muertes por violencia representan “la punta del iceberg”. La violencia física y sexual ocurre diariamente en el mundo. La violencia de género representa una gran pérdida en años de vida saludables, especialmente para las mujeres.  |

Fuentes: Referencias 1, 15-19.



en donde el género tiene un impacto diferencial en la salud de hombres y mujeres. Éstas incluyen la seguridad alimentaria, VIH/SIDA, tabaquismo, salud ocupacional, salud mental, enfermedades infecciosas y violencia (cuadro I). En todas ellas la globalización ha tenido un impacto catalizador de cambios en el estatus de salud de las poblaciones, con resultados positivos en algunos casos y negativos en otros, especialmente para las mujeres. La problemática en torno a género y salud no es homogénea en todas las regiones del planeta, ni aun al interior de los países, pues la condición de género varía en función del desarrollo económico, la cultura, la clase social, etnia, grupo étnico y orientación sexual. Además, emergen problemáticas en torno al género y la salud, en función de los cambios sociales, demográficos, epidemiológicos, económicos, políticos y culturales propios de cada país o región. Dado este amplio mosaico de situaciones posibles, cada país tendrá que definir su agenda de prioridades, así como identificar aquellos temas que se perfilen relevantes. En nuestro país figuran como problemas emergentes (no por nuevos, sino por no haber sido visibles) las desigualdades sociales y la marginación que sufren las mujeres indígenas y las condiciones especiales de atención que requieren las mujeres privadas de la libertad y los hijos que viven con ellas en los reclusorios, fuera de los sistemas de atención a la salud, de desarrollo y de derechos humanos,\* entre otros.

El reto actual es identificar avances y rezagos en la situación de hombres y mujeres, en cuanto a las problemáticas de salud, enfermedad y atención en donde esté inmersa la condición de género. De ahí la importancia de que las estadísticas en salud estén desagregadas por sexo, como requisito primordial para dar cuenta de las diferencias y arribar a interpretaciones en las que sea posible descifrar la forma como interactúan los diferentes determinantes del nivel de salud de las poblaciones, incluyendo las inequidades de género.

La asignación de roles de género suele determinar la percepción de signos y síntomas de enfermedad, el momento en que se busca atención médica, la manera de asumir o no el rol de enfermo(a) y cuidador(a) y las necesidades específicas de atención. Los roles, los derechos, las responsabilidades y el lugar asignado a la mujer dentro de una sociedad son situaciones que las dejan vulnerables frente a las relaciones sexuales no deseadas y sin protección, a una alimentación deficiente, y al abuso físico y psicológico; también les limitan el acceso a la atención de su salud.

Las estadísticas de mortalidad son un reflejo del deterioro extremo de la salud, pero no dan cuenta de las condiciones de vida de la población sobreviviente.<sup>5</sup> Si bien una mayor proporción de la mortalidad general se concentra en los varones, las mujeres padecen durante largo tiempo enfermedades crónicas que pueden ser poco atendidas. Poco se sabe de las condiciones en las que las adultas mayores sobreviven, las situaciones de violencia de género que enfrentan, la discriminación de la que son objeto en función de la edad, su salud mental y la marginación a la que son sentenciadas. Sin embargo, muchas siguen estando a cargo del cuidado de la salud de la familia.

La capacidad reproductiva pone a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad biológica que, aunada a condiciones sociales y económicas, limitan su acceso al bienestar y a un mejor estado de salud. La mortalidad materna refleja, entre otras cosas, la discriminación y bajo estatus social de las mujeres. En México, para 2002, la tasa de mortalidad materna fue de 6.3 por 10 000 nacidos vivos; sin embargo, la mortalidad materna es cinco veces más alta en las entidades federativas con menor desarrollo socioeconómico que en los estados con mayores recursos. Asimismo, el cáncer cérvico uterino y el de mama se ubican como las principales causas de mortalidad femenina, siendo que son enfermedades prevenibles y tratables.<sup>6</sup>

\* Liliana Alcántara. "Violan los derechos de hijos de reclusas", en *El Universal*. México, D.F., miércoles 24 de diciembre, 2003. Sección México.



Para el caso de los varones, la sobremortalidad por accidentes, enfermedad cirrótica del hígado y homicidios, está ligada a comportamientos de riesgo culturalmente considerados masculinos.<sup>7</sup> Para el año 2001, estas tres causas de mortalidad se ubicaban entre las diez primeras.<sup>8</sup>

### ¿Quién paga el costo más alto en salud?

No es fácil responder, pues las mujeres ven afectada su calidad de vida por padecer por más tiempo enfermedades crónicas y discapacidad, mientras que los hombres pagan reduciendo su longevidad.<sup>9</sup> Las estrategias educativas para prolongar los años de vida saludable y para prevenir la discapacidad y la muerte tendrían que ser específicas de acuerdo con el sexo y la edad, en tanto que los papeles cultural y socialmente asignados nos llevan a enfermar de diferentes causas.

Por otro lado, no existe una definición estandarizada de bienestar, y se ha visto que la esperanza de vida al nacer no es plenamente confiable para este fin. Las diferentes formas que se han empleado para medir el estado de salud (como indicador de bienestar) han mostrado variaciones entre países en cuanto a niveles de desarrollo, de clase, de etnia, de género y edad. Por ejemplo, las mujeres suelen percibirse en peor estado de salud que los hombres. Pero al incrementarse la edad, reportan mejor salud que los hombres del mismo grupo de edad.<sup>10</sup> Conviene considerar en este aspecto el papel que juegan las dobles y hasta triples jornadas de trabajo en la percepción que las mujeres tienen sobre su propio estado de salud.

La situación de pobreza ahonda la vulnerabilidad de la mujer, al limitar su acceso a servicios, su capacidad de gestión y el reconocerse sujeta de derechos ante las instituciones de salud.

### Equidad de género en salud

Algunos hombres suelen quejarse del énfasis que se ha puesto en la salud, el bienestar y el empoderamiento de las mujeres. Parecieran sentirse abandonados

por los programas sociales y de salud. Sin embargo, hay que entender los rezagos históricos que han padecido las mujeres e identificar que hombres y mujeres no estamos parados en el mismo peldaño. Si bien existen otras formas de disparidades sociales y económicas, la inequidad de género es la más persistente, al atravesar etnia, clase social y edad. La mejoría en la situación de las mujeres redundará en beneficios para ellas y para el conjunto de la población, pero, lo inverso no ha resultado igual.

Equidad no implica que hombres y mujeres mueran por las mismas causas ni al mismo ritmo, sino la actuación oportuna de los sistemas de salud, educación y económico, en aquellas enfermedades que sean prevenibles, de acuerdo con las necesidades y condiciones propias de cada género, de acuerdo con el panorama de morbilidad y mortalidad del país.

La inequidad se manifiesta en situaciones tales como la falta de acceso y control sobre recursos tanto materiales como internos, y puede llevar a que para las mujeres la decisión de ir al médico esté sujeta a la aprobación de otra persona, a la disponibilidad o no de recursos económicos para el transporte y los servicios de salud, a la posibilidad de contar con el apoyo de alguien que la sustituya en el cuidado de “otros”, o no asistir por sentir vergüenza o timidez ante el médico. La interacción entre género, acceso y control de recursos, impacta también el cuidado de la salud de los hombres. Los varones pueden no tener acceso a la información sobre los programas de detección de cáncer de próstata, decidir asimismo no hacerse la revisión médica adecuada, por temor o por vergüenza, no atenderse oportunamente, por “falta de tiempo” o por asumir el rol socialmente asignado del “sexo fuerte” con las dificultades que entonces implica tomar para sí el rol de paciente.

Sin embargo, las desigualdades en temas de género dentro del ámbito de la atención de salud exacerban los problemas de las mujeres. La distribución de los recursos familiares, incluido el acceso a atención

### Referencias

- 1 Maclean H, Labonte R, Glynn K, Sicchia S. Globalization, gender and health. Documento de discusión preparado para el simposio Globalization and Health: The gender challenge; Yale University, 2003:20-22.
- 2 Organización Mundial de la Salud. 2003.
- 3 Organización Mundial de la Salud. Gender and health: Technical paper. Washington DC: OMS. 1998.
- 4 Krieger N. Genders, sexes, and health: What are the connections and why does it matter? *Int J Epidemiol*; 2003;32.
- 5 Gómez-Gómez E. Introducción. En Género, mujer y salud en las Américas. Publicación Científica No. 541: Organización Panamericana de la Salud; 1993.
- 6 Secretaría de Salud. Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas. México DF; 2003.
- 7 Ramírez-Rodríguez JC. ¿Cómo se ve la mortalidad desde la perspectiva de género? Reflexiones iniciales. En: Pérez-Gil Romo SE, Ramírez JC, Ravelo P (coords.). Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México: Coedición CIESAS-Universidad de Guadalajara, INNSZ; 1995.
- 8 Secretaría de Salud. Datos elaborados por la Dirección General de Información en Salud a partir de la base de datos de defunciones INEGI; 2002. Disponible en: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx).
- 9 Gómez-Gómez E. Equidad, género y salud: la visión de la Organización Panamericana de la Salud. En: López P, Rico B, Langer A, Espinoza G (Comps.) Género y política en salud. México DF: Secretaría de Salud. 2003.
- 10 Case A, Deaton A. Consumption, health, gender and poverty. Research Program in Development Studies; Princeton University; 2002.

## Referencias

11 Langer A, Lozano R. Condición de la mujer y salud. En: Figueroa-Perea, JG (comp.). La condición de la mujer en el espacio de la salud. México, DF: El Colegio de México, 1998.

12 Reyes-Zapata H, Cuevas-Miguel L, Robledo-Vera C, Tolbert K. Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género. Documentos de Trabajo, No. 29: Population Council; 1999.

13 Wizemann T, Pardue ML. Eds. Exploring the biological contribution to human health. Does sex matter? Washington DC: National Academy Press. 2001.

14 Organización Panamericana de la Salud. Género, salud y desarrollo en las Américas. Organización Mundial de la Salud; 2003.

15 El género y la seguridad alimentaria. Disponible en: [www.fao.org/gender/sp/nutr-s.htm](http://www.fao.org/gender/sp/nutr-s.htm)

16 Organización Panamericana de la Salud. Hoja informativa GenSalud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. s.f. Washington DC.

17 Global Youth Tobacco Survey Collaborating Group. Differences in worldwide tobacco use by gender: Findings from the Global Youth Tobacco Survey. Journal of School Health 2003; 73(6):207-215.

18 ONUSIDA. Situación mundial del SIDA 2003. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.

19 World Health Organization. World report on violence and health. Ginebra; 2002.

en salud, depende mucho más de la condición social de los miembros de la familia que de sus necesidades. Las familias pueden demorarse en reconocer cuándo las niñas o las mujeres presentan problemas de salud, no buscan tratamiento con la prontitud necesaria y gastan menos dinero en las medicinas para ellas.<sup>11</sup>

La atención a la salud muestra sesgos a causa del género: los proveedores de servicios de salud suelen tratar a las mujeres de manera irrespetuosa o minimizan sus opiniones;<sup>12</sup> visualizan el cuerpo de la mujer y el proceso natural de la reproducción como problemas médicos; los investigadores excluyen a las mujeres de los estudios clínicos, y los resultados de investigación se traspolan automáticamente a las mujeres, ignorando las variaciones biológicas, poco estudiadas más allá de lo reproductivo;<sup>13</sup> asimismo, las mujeres son excluidas de la planificación y la toma de decisiones en políticas de salud.

La equidad se define en términos de satisfacción de necesidades; por tanto, implica el reconocimiento de éstas de acuerdo con las diferencias sociales, culturales y biológicas. Equidad e igualdad, aunque sinónimos, en materia de género tienen significados distintos. No todas las desigualdades son inequidades, solamente las que se consideran injustas, evitables y asociadas con privilegios sociales. De acuerdo con ello, el criterio fundamental para la asignación equitativa de recursos en salud sería el de necesidad. Conviene distinguir tres dimensiones:

- 1 Equidad de género en situación de salud, para denotar la igualdad de oportunidades en el goce de buena salud y mantenerse libre de enfermedades y de discapacidades prevenibles.
- 2 Equidad de género en la atención de salud, lo que equivale a que los recursos se asignen y los servicios de salud se organicen respondiendo a las necesidades específicas de hombres y mujeres. Se considera también que el costo de la maternidad lo sufraga la sociedad en su conjunto, y no solamente las mujeres.
- 3 Equidad de género en la gestión de la salud implica la distribución justa entre hombres y mujeres de las responsabilidades, el poder y las recompensas en el hogar, la comunidad y las instituciones de salud.<sup>14</sup>

Las políticas en salud tienden cada vez más a particularizar las estrategias de promoción, prevención y atención, dirigiéndose a sectores particulares de la población, de acuerdo con dos perspectivas. Por un lado, un manejo eficiente de los recursos y, por otro, incidir sobre las inequidades que se agrupan en un hilo conductor en donde se relacionan con las inequidades en materia laboral, doméstica, educativa, sexual, etcétera, por lo que es necesaria la actuación coordinada de otros sectores sociales.

La sistematización desde la perspectiva de género de información epidemiológica y social sobre la situación de salud es fundamental para establecer prioridades, así como para diseñar y fortalecer políticas que mejoren las condiciones de salud de mujeres y hombres.

En tal sentido, habría que felicitar los esfuerzos de quienes están a cargo del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica al desagregar la información por sexo, a partir de la semana 3 de 2003, pues constituye un paso esencial para la documentación de inequidades en salud.

Desde las instituciones de salud se requiere un amplio proceso de sensibilización dirigido a tomadores de decisiones y a personal operativo, con objeto de pensar la salud, la enfermedad y la atención desde este enfoque. El desafío es que la equidad de género esté presente en las acciones en salud, en aras del bienestar de las mujeres y los hombres.

# La participación de los hombres derechohabientes del IMSS en algunos aspectos de la salud reproductiva

Doroteo Mendoza Victorino  
Isabel Padilla Vallejo  
División de Sociodemografía,  
Coordinación de Salud Reproductiva,  
Dirección de Prestaciones Médicas del  
Instituto Mexicano del Seguro Social

La salud reproductiva en México tiene su origen en la Planificación Familiar, iniciada formalmente como Programa en 1977 con la formulación del Plan Nacional de Planificación Familiar; sin embargo, acciones institucionales por separado datan de principios de los años setenta.<sup>1</sup> En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por ejemplo, se ubica su inicio a partir de 1973; es decir, los 30 años de historia de Planificación Familiar y Salud Reproductiva han modificado la historia reproductiva de las parejas derechohabientes del IMSS, debido a que las diferentes cohortes de mujeres y varones han visto influidas sus decisiones reproductivas en lapsos cada vez mayores de sus vidas.

Es claro que el componente de planificación familiar, y sobre todo el uso de métodos anticonceptivos como variable operativa, ha sido el más difundido y practicado por la población derechohabiente del IMSS, alcanzando coberturas elevadas; y su impacto sobre la fecundidad se ha traducido en que la población del IMSS vive ya su época de reemplazo generacional, en torno a una tasa global de fecundidad de dos hijos por mujer. Así, por ejemplo, a partir de 1989 el IMSS inició la aplicación de un conjunto de estrategias para incrementar la oferta y la aceptación de la vasectomía, con el propósito de favorecer una participación activa y responsable en la planificación familiar por parte del varón. Algunas de las estrategias fueron las siguientes:

- Adopción y difusión en todas las delegaciones del IMSS de la técnica quirúrgica de la vasectomía sin bisturí.
- Capacitación de médicos familiares para efectuar la vasectomía sin bisturí en los consultorios de las Unidades de Medicina Familiar.
- Capacitación del personal médico, de enfermería y de trabajo social sobre las formas de comunicación educativa en salud reproductiva, y en especial la consejería, lo que permite elevar la calidad de la orientación y de la prestación de los servicios de protección anticonceptiva en general, y de la vasectomía en particular.

Todo este esfuerzo permitió que durante el período de 1989 a 1994 se triplicara, en el ámbito urbano, el número de aceptantes de vasectomía, pasando de 6 283 a 19 900, respectivamente.

Empero, las acciones y programas no han permeado de igual forma entre los derechohabientes del IMSS: la población masculina, aquella con menor escolaridad, sean hombres o mujeres, así como los adolescentes, son los grupos que muestran mayor rezago.





Aunado a lo anterior, los otros componentes de la salud reproductiva: sexualidad, cáncer cérvico uterino, de mama, de próstata, infecciones de transmisión sexual, climaterio y menopausia, así como la incorporación de la perspectiva de género son los retos de los programas de salud reproductiva en los próximos años. De modo que generar información y análisis al respecto permitirá enfrentar mejor esos desafíos.

En ese orden de ideas, el presente artículo tiene por objetivo describir una serie de medidas y de indicadores asociados con la práctica anticonceptiva desde la postura de los hombres, así como de la fecundidad, de los factores de exposición a la reproducción y del conocimiento de medidas preventivas para su salud sexual y reproductiva que les permita entender más claramente los logros y avances que han atestiguado tradicionalmente las mujeres. El hecho de que indicadores demográficos asociados a la fecundidad y a la anticoncepción se refieran fundamentalmente a la población femenina, tiene que ver con la concepción de la reproducción humana fundamentada básicamente en principios biológicos: la mujer es la que experimenta el embarazo y el parto.<sup>2</sup> Resulta lógico entonces que a la medición de los niveles de fecundidad femenina se asocie la medición de la anticoncepción. Los varones quedan excluidos del análisis, no sólo de la reproducción, sino también de su regulación.<sup>3</sup>

Se utilizan como base los datos generados por la Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente del IMSS (ENSARE).<sup>4,6</sup> La ENSARE es única en su género, constituye un parteaguas en la investigación y evaluación en salud reproductiva, debido a que se sustentó en la conceptualización integral e incorporó como unidades analíticas a la mujer, al varón y al hogar; de hecho, es la primera encuesta en la que se entrevistó a los varones para conocer el comportamiento de eventos que se indagaban sólo con las mujeres, como son la fecundidad y la anticoncepción, entre otros aspectos. Los resultados de la ENSARE enfatizaron la necesidad de

reforzar acciones encaminadas a favorecer la incorporación de la perspectiva de género en los servicios de salud reproductiva institucionales y, por ende, de diseñar estrategias alternativas para fomentar la participación del varón.

### **La Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente del IMSS**

La ENSARE, cuyo trabajo de campo se efectuó en 1998, se diseñó para evaluar los avances e impactos del Programa de Salud Reproductiva del IMSS en sus distintos componentes. Para ello, se basó en una muestra nacional de 4 569 hogares de derechohabientes, 5 405 mujeres entre 12 y 54 años de edad y 2 992 hombres de 12 a 59 años. Su esquema conceptual posibilitó incorporar el enfoque de género en ambos cuestionarios individuales. De esta forma, su potencialidad analítica es grande: análisis desde la postura de las mujeres y de los hombres, aunado a que mediante técnicas de cómputo se conformó un archivo para el análisis de la salud reproductiva de las parejas, uniendo los casos de mujeres y varones, así como al interior de estos grupos, para observar diferencias según variables sociodemográficas.

### **Práctica anticonceptiva**

Una condición necesaria para que las personas practiquen la anticoncepción es que conozcan los métodos. La ENSARE encontró que las mujeres derechohabientes conocían\* más la metodología anticonceptiva que los hombres, con excepción de los métodos propios de ellos (condón, vasectomía y retiro), en los que prácticamente no hay diferencias. Aun cuando una proporción grande de hombres conocía los distintos métodos anticonceptivos, todavía existían grupos donde el desconocimiento al respecto era importante; así por ejemplo, en aquellos quienes como máximo cursaron la primaria, 1 de cada 4 desconocía la vasectomía, y 2 o 3 de 10 no conocían las inyecciones, el dispositivo intrauterino (DIU) y la oclusión tubo-ovárica (OTB).

\* El conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos se captó, en primer lugar, a través de la mención espontánea de los entrevistados sobre los medios o métodos de los que habían oído hablar; posteriormente, para cada uno de los que no mencionaban se indagaba directamente y a veces se describía en qué consistía dicho método (conocimiento inducido).

Resulta interesante analizar la práctica anticonceptiva actual, es decir, el porcentaje de usuarios al momento de la encuesta; pero también la práctica pasada, esto es, el porcentaje de ex usuarios, así como el de nunca usuarios de la anticoncepción. Estas tres categorías constituyen la condición de uso de los métodos, que se presenta en el cuadro I, según el estado civil de los entrevistados.

Más de la mitad (55.5%) de los hombres de 15 a 59 años de edad entrevistados se reportaron como usuarios de métodos anticonceptivos, sobre todo modernos; una cuarta parte, como ex usuarios y casi 1 de cada 5 mencionó nunca haber usado anticonceptivos. El uso de métodos se asocia con el estado civil de los varones; mientras 4 de 5 de los casados o unidos son usuarios, la cifra se reduce a 13.8% en los ex unidos y a 5.6% en los solteros. Este último dato debe tomarse muy en cuenta, dado que los solteros representan más de la cuarta parte de los entrevistados, de modo que 53% de nunca usuarios y 41% de

ex usuarios representan áreas de oportunidad para los programas de planificación familiar.

La participación de los métodos específicos en la prevalencia anticonceptiva, según el reporte de los varones, es equivalente a lo que ya se sabía según la expresión de las mujeres: un predominio de la OTB y del DIU, seguidos por el ritmo y las pastillas. Un aspecto que debe resaltarse es que, aun en los varones unidos, el uso de los métodos propios del hombre (vasectomía, condón o retiro) no llega siquiera a 4%. Quizá por razones de índole cultural, la responsabilidad del control de la fertilidad en la pareja ha recaído en la mujer, siendo la participación del varón un tanto contemplativa o pasiva. Es probable que esta misma situación haya influido en que los métodos modernos de control de la fertilidad fueran diseñados para el uso de la mujer, produciendo un avance desigual entre el conocimiento de la fisiología reproductiva de la mujer, en comparación con la del hombre, quedando esta última un tanto rezagada, comparativamente hablando.<sup>7</sup>

Cuadro I

| Condición de uso de métodos anticonceptivos por los hombres<br>Encuesta de Salud Reproductiva. IMSS, México, 1998 |              |              |              |              |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Condición de uso y método   | Unidos       | Ex unidos    | Solteros     | Total        |
| <b>Usuarios</b>   | <b>79.4</b>  | <b>13.8</b>  | <b>5.6</b>   | <b>55.5</b>  |
| <b>Métodos modernos</b>   | <b>70.7</b>  | <b>12.1</b>  | <b>4.5</b>   | <b>49.2</b>  |
| Operación femenina  | 39.3         | 0.9          | 0.0          | 26.5         |
| Vasectomía  | 2.5          | 1.8          | 0.0          | 1.7          |
| DIU   | 18.2         | 5.2          | 0.2          | 12.5         |
| Pastillas   | 4.6          | 2.8          | 0.2          | 3.2          |
| Inyecciones o Norplant  | 2.2          | 1.1          | 0.1          | 1.5          |
| Locales*  | 0.0          | 0.0          | 0.1          | 0.1          |
| Condón  | 3.9          | 0.3          | 3.9          | 3.7          |
| <b>Métodos tradicionales</b>  | <b>8.7</b>   | <b>1.7</b>   | <b>1.1</b>   | <b>6.3</b>   |
| Ritmo   | 5.0          | 1.7          | 0.7          | 3.7          |
| Retiro  | 3.7          | 0.0          | 0.4          | 2.6          |
| <b>Ex usuarios</b>  | <b>15.5</b>  | <b>75.6</b>  | <b>41.0</b>  | <b>25.1</b>  |
| <b>Nunca usuarios</b>   | <b>5.1</b>   | <b>10.6</b>  | <b>53.4</b>  | <b>19.4</b>  |
| <b>Total (porcentaje)</b>   | <b>100.0</b> | <b>100.0</b> | <b>100.0</b> | <b>100.0</b> |
| <b>Total (número)</b>   | <b>1 909</b> | <b>96</b>    | <b>741</b>   | <b>2746</b>  |

Base: hombres de 15 a 59 años de edad.

\* Incluye óvulos, jaleas y espumas.

Resulta interesante que con la ya larga historia del Programa de Planificación Familiar la prevalencia de uso de los métodos propios del varón sea baja, no sólo porque refleja el poco efecto de las campañas y acciones sobre la población masculina, sino porque podría estar enfatizando expresiones propias del rol de género de los varones frente a su participación en la toma de decisiones reproductivas, e incluso también una demanda indirecta de nuevas metodologías anticonceptivas para ellos, y, tal vez, que las existentes podrían no satisfacerles o, por lo menos, gustarles. Por otra parte, en esta época aún no se cuenta con un método de control temporal y reversible de la fertilidad para el hombre que tenga las mismas características de efectividad y seguridad que tienen los métodos ofertados a la población femenina.

### Fecundidad, ejercicio sexual y factores de exposición a la reproducción

Los varones entre 15 y 59 años de edad que se encontraban casados o unidos, reportaron haber tenido con su pareja actual un promedio de 2.65 hijos nacidos vivos hasta el momento de la encuesta, y el dato sube a 2.72 al considerar a los hijos que tuvieron con otras mujeres. Por supuesto que estos promedios ascienden conforme con la edad; así por ejemplo, mientras los de 25 a 29 años reportaron un total de 1.51, los de 35 a 39 contabilizaron 2.51 y los de 45 a 49, 3.42; finalmente, los de 55 a 59 años reportaron una descendencia de 5.45 hijos nacidos vivos, equivalente al tamaño final de familia que reportaron las mujeres de 50 a 54 años, cuya cifra fue de 5.35 hijos nacidos vivos (cuadro II).

Las mujeres derechohabientes del IMSS inician sus relaciones sexuales en promedio a los 20 años de edad y casi enseguida entran en matrimonio o unión, antes de cumplir los 21. Los hombres, en cambio, inician sus relaciones sexuales a los 18 años de edad

**Cuadro II**

Promedio de hijos nacidos vivos hasta el momento de la encuesta, y factores condicionantes  
Encuesta de Salud Reproductiva. IMSS, México, 1998

| Indicador  | Valor |
|--|-------|
| Promedio de hijos nacidos vivos (fecundidad acumulada) en hombres de 15 a 59 años de edad: |       |
| Con pareja actual (al momento de la encuesta)  | 2.65  |
| Con pareja actual y otras mujeres  | 2.72  |
| Promedio de edad a la primera relación sexual (hombres de 25 a 49 años)                    | 18    |
| Promedio de edad a la primera unión (hombres de 25 a 49 años)                              | 23    |
| Promedio de edad a la adopción de la vasectomía  | 33    |
| Frecuencia mensual de relaciones sexuales en hombres de 15 a 59 años de edad:              |       |
| Casados o unidos   | 8     |
| Solteros   | 4     |



Cuadro III

| Prevención de enfermedades de transmisión sexual y del cáncer de próstata<br>Encuesta de Salud Reproductiva. IMSS, México, 1998 |             |       |       |          |       |
|---|-------------|-------|-------|----------|-------|
| Indicador   | Porcentajes |       |       |          |       |
|   | < 20        | 20-29 | 30-39 | 40 y más | Total |
| Han oído hablar de al menos una ETS   | 70.6        | 93.9  | 95.7  | 71.9     | 88.8  |
| Han oído hablar de al menos una ETS y del condón como medida preventiva   | 51.2        | 41.9  | 34.9  | 27.2     | 37.5  |
| Han oído hablar del VIH-SIDA y usarían condón como medida de prevención   | 93.3        | 87.7  | 88.6  | 76.8     | 86.1  |
| Desacuerdo en usar condón como medida de prevención, por desconfianza (hombres que han tenido relaciones sexuales)              | *           | 31.0  | 18.7  | 19.0     | 24.7  |
| Han oído hablar del cáncer de próstata  | 55.1        | 72.6  | 80.9  | 82.7     | 75.4  |
| Revisión de sus genitales   | 49.9        | 66.1  | 65.4  | 58.2     | 61.3  |

\* Número insuficiente de casos en la muestra.

y esperan cinco años más para establecer una unión. Estas formas distintas de vivir y ejercer su sexualidad, enfrenta a hombres y mujeres a riesgos y necesidades diferentes; de modo que las áreas de oportunidad de las acciones de salud reproductiva para unas y otros son motivo de reflexión individual.

Aquellos varones, ciertamente muy pocos, que optan por la vasectomía para limitar su fecundidad, lo hacen a los 33 años de edad, cuando han tenido en promedio 2.13 hijos nacidos vivos; lo que manifiesta una dimensión reproductiva potencial desde el inicio de las relaciones sexuales, de 15 años.

Otro factor de exposición a la reproducción lo constituye el número de encuentros sexuales. Los varones derechohabientes casados o unidos reportaron un promedio de ocho coitos mensuales, dos por semana, en comparación con uno por semana de los solteros. Debe decirse, sin embargo, que estos encuentros sexuales son más frecuentes (10 mensuales) en los jóvenes casados o unidos entre los 20 y 34 años de edad. Estos datos, además de contribuir al conocimiento del ejercicio sexual de la población masculina derechohabiente del IMSS, pueden constituir un insumo importante para propósitos de planear y programar, por ejemplo, la dotación y suministro de preservativos cuando exista en la población cada vez

mayor conciencia para usarlos con fines de prevenir infecciones de transmisión sexual.

### Conocimiento de medidas para prevenir infecciones de transmisión sexual y el cáncer de próstata

La ENSARE indagó también sobre una serie de aspectos que la población masculina derechohabiente debe poseer para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS), así como del cáncer de próstata. En el cuadro III se presentan algunos indicadores al respecto, tanto para la muestra total de varones entre 12 y 59 años de edad como para tres grupos específicos: adolescentes (menores de 20 años), hombres de edad mediana (30 a 39) y adultos (de 40 y más años).

En general, se observa que haber oído hablar de al menos una enfermedad de transmisión sexual o del VIH-SIDA es una característica común en la muestra total; casi 9 de 10 entrevistados se expresaron en este sentido; no así cuando la indagación fue más estricta o de mayor contenido. Así por ejemplo, 1 de 4 varones de 12 a 59 años de edad que han tenido relaciones sexuales no está de acuerdo con usar condón porque desconfía de él, también 1 de 4 no ha oído hablar del cáncer de próstata y 2 de 5 no revisan sus genitales como medida preventiva al respecto.

La situación es aún más preocupante cuando se observan los datos por grupos de edad; los adolescentes aparecen en clara desventaja en cuanto a información de este tipo frente a los varones de edad mediana y adultos: más de una tercera parte (35.5%) de los que tienen relaciones sexuales no están de acuerdo con usar el condón, por desconfianza; casi la mitad no refiere o no identifica el cáncer de próstata y otro tanto no se revisa sus genitales para prevenir ese mal.

### Consideraciones finales

El conocimiento de eventos como la anticoncepción y la fecundidad acumulada a través del número de hijos nacidos vivos hasta el momento de la encuesta, reportados por los hombres, es equivalente en cuanto a patrones generales a lo informado por las mujeres según la ENSARE. Ello, en las encuestas, posiciona al varón como un informante alternativo sobre estos temas.

Son claras las áreas de oportunidad que se vislumbran para mejorar la salud reproductiva de los varones en sus distintos aspectos; 30 años de historia sugieren que lograr su incorporación requiere de estrategias novedosas, diferentes a aquellas que motivaron la participación de las mujeres, en particular en el caso de los adolescentes, que se encuentran en desventaja respecto a otros grupos. El reto en los próximos años ya no debería ser sólo extender la anticoncepción privilegiando la búsqueda de métodos lo más efectivos posible para evitar embarazos, sino estimular el uso de anticonceptivos que requieren la presencia activa de los varones.<sup>8</sup>

Lo expresado aquí es el reflejo de un sector importante de la sociedad mexicana, el que mayormente participa en la actividad económica: 81% de estos varones de entre 12 a 59 años de edad posee un trabajo remunerado, y 44% en el caso de las mujeres; aunado a que conservan su derechohabencia al IMSS en forma ininterrumpida por 12 años en promedio.

La pregunta es, si esta población masculina, que tiene acceso al Programa de Salud Reproductiva del IMSS presenta esas características en su reproducción ¿qué ocurrirá en otros sectores de la población mexicana?

### Referencias

1 Coordinación Nacional. Plan Nacional de Planificación Familiar; México; 1977.

2 Stokes B. El hombre y la planificación familiar. Cuadernos del Hoy Candente, Argentina; 1985.

3 Rojas OL. La fecundidad de los varones: una nueva veta para la investigación demográfica. Salud Reproductiva y Sociedad; El Colegio de México; 1999; 8:16-18.

4 Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente: Documento Metodológico, Serie Investigación y Evaluación 7; Dirección de Prestaciones Médicas: IMSS, México, DF; 2000.

5 Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente: Informe de Resultados, Serie Investigación y Evaluación 8; Dirección de Prestaciones Médicas: IMSS, México, DF; 2000.

6 Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente: Síntesis Ejecutiva, Serie Investigación y Evaluación 9; Dirección de Prestaciones Médicas: IMSS, México, DF; 2000.

7 Díaz V. Anticoncepción masculina: tan cerca y tan lejos. Salud Reproductiva y Sociedad; El Colegio de México; 1999; 8:30-32.

8 Figueroa JG. Elementos del entorno reproductivo de los varones, Sexualidad, Salud y Reproducción; El Colegio de México; 2001; 4:54-57.

# Prevalencia de violencia de pareja actual en mujeres mexicanas y consecuencias físicas: algunos resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres

Rosario Valdez, Martha Hajar, Leticia Ávila, Rosalba Rojas, Aurora Franco, Leonor Rivera, Investigadoras del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Cuernavaca, Morelos, México. Gustavo Olaiz. Encargado de despacho. Dirección General del INSP.



## Introducción

El estudio sobre el maltrato de mujeres por parte de sus parejas masculinas es muy reciente en México; sus inicios podemos situarlos a principios de la década de los noventa, cuando se realizan las primeras investigaciones.<sup>1,2</sup> De entonces a la fecha se ha reportado una prevalencia que oscila entre 30 y 72%.<sup>3,6</sup> Esta variabilidad se puede explicar a partir de las siguientes razones: a) la utilización de diferentes definiciones conceptuales de la violencia; b) el uso de distintos instrumentos para su medición, y c) el tipo de población y zona geográfica estudiada. Esta situación impide la comparación de los resultados reportados hasta el momento en nuestro país.

Las zonas geográficas donde se han realizado estudios de corte cuantitativo, independientemente del tipo de encuesta utilizada, han sido: Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México; zonas metropolitanas de Guadalajara y Monterrey, la ciudad de Durango, San Miguel de Allende, Guanajuato; el Distrito Federal, Cuernavaca, Cautla y Chihuahua. La mayoría de estos estudios se han llevado a cabo en contexto urbano o semi-urbano; sólo en un estudio realizado en Jalisco se contempló la zona rural del estado, lo cual nos brinda un panorama más completo de la situación de la violencia contra la mujer en esa entidad.<sup>2</sup> Cabe mencionar que la encuesta de opinión realizada por COVAC, en 1995,<sup>7</sup> identificó que 21% de la población entrevistada conoce a alguna mujer que sufre violencia en su familia y 35% reconoció haber vivido un problema de violencia intrafamiliar en los últimos seis meses.



En este contexto nacional, el propósito de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM, 2003) fue realizar un estudio para cuantificar la prevalencia de violencia familiar en mujeres que demandan atención a servicios de salud de instituciones del sector público del primero y segundo nivel, de México y, por otro lado, caracterizar desde la perspectiva de las mujeres maltratadas, los principales factores personales, sociales, culturales e institucionales que actúan como obstáculos o facilitadores en la búsqueda de salidas al problema de la violencia.

Para cubrir este objetivo se implementaron un componente metodológico cuantitativo y otro cualitativo; el presente trabajo se elaboró a partir de los resultados cuantitativos de la ENVIM. El objetivo del este trabajo fue realizar un análisis de la prevalencia de la violencia de pareja actual por entidad, además de identificar las consecuencias físicas más reportadas.

En la encuesta se incluyeron varias estrategias para la exploración de la violencia en la vida de las mujeres; éstas fueron: violencia de pareja masculina en la relación actual (últimos doce meses), violencia en la vida (ejercido por cualquier miembro de la familia o no familiar), maltrato infantil, abuso sexual en la infancia, violación por parte de un familiar y no familiar. En este trabajo nos centraremos en la descripción de la violencia en la pareja actual.\*

### Caracterización de la población estudiada

El total de mujeres encuestadas fue de 24 042 distribuidas en las 32 entidades del país. 54.7% ( $n=14\ 225$ ) fueron entrevistadas en la Secretaría de Salud (SSA), 36.7% ( $n=9\ 567$ ) en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y 8.5% ( $n=2\ 220$ ) en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El promedio de edad de las mujeres fue de  $35.8 \pm 13.7$  años, valor mínimo 15 años y máximo 80 años.

El grupo de 20 a 29 años representa 30.9% de la muestra y las mujeres de 30 a 39 años alcanzan 26.5%. Con relación a la escolaridad, llama la atención el nivel educativo reportado por las entrevistadas (7.4 años en promedio), que se refleja en la elevada proporción de mujeres que indicaron como máximo nivel educativo la primaria completa (22.6%) y la secundaria (27.3%). El resto de la población se distribuyó de la siguiente manera: 9.1% sin instrucción, 16.8% primaria incompleta, 7.8% carrera técnica o comercial, 10.8% preparatoria o normal básica, 5.1% licenciatura; sólo 46 mujeres reportaron estudios de posgrado. En relación con el estado civil, 56% eran casadas, 18% estaban en unión libre, 11.8% eran solteras y el resto separadas, viudas o divorciadas.

### Violencia en la pareja actual y su caracterización

El presente trabajo se refiere exclusivamente a la violencia de pareja actual, en la cual se incluyeron los diferentes tipos de violencia, a saber: física, emocional, sexual y económica. La definición de violencia utilizada fue: “Patrón repetitivo de maltrato por parte de la pareja masculina hacia la mujer, caracterizado por una serie de conductas coercitivas que pueden incluir: violencia física: empujones, golpes, heridas de arma de fuego o punzocortante; violencia psicológica o emocional: intimidación, humillaciones verbales, amenaza de violencia física; violencia sexual: forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual”.

La indagación de la violencia en la pareja actual contempló dos estrategias, la primera fue a través de pregunta directa: “En los últimos 12 meses, ¿la relación con su novio, esposo, compañero o última pareja es o ha sido violenta?”. La segunda fue la aplicación de una escala de violencia, la cual consta de 27 reactivos; ésta se aplicó a todas las mujeres independientemente de su respuesta a la pregunta anterior.

De las mujeres que reportaron tener pareja, 7.8% reconoció haber tenido una

Para consultar los resultados relacionados con los otros tipos de violencia explorados, se puede revisar:  
Instituto Nacional de Salud Pública / Secretaría de Salud.  
Informe de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, 2003. México, DF: INSP; 2003.

relación violenta cuando se le preguntó de manera directa. Sin embargo, a partir de sus respuestas a la escala, se pudo identificar una prevalencia de violencia de pareja de 21.5%.

La diferencia entre la prevalencia de violencia obtenida a través de la pregunta directa, y a partir de la escala, es significativa y esto pone en evidencia varios aspectos en los que es importante reflexionar. En primer lugar, señala la importancia de dar oportunidad a las mujeres de revelar la violencia de que son objeto a través de diferentes preguntas; en segundo lugar, se confirma que las preguntas que describen actos concretos, por ejemplo, “¿su pareja le ha pegado con la mano o con el puño?” o “¿su pareja la insulta?”, facilitan el reporte de los diferentes tipos de maltrato, en vez de la pregunta general, que obliga a la mujer a evaluar y calificar su propia relación, lo cual ofrece resistencia en un primer momento. De hecho, para contestar afirmativamente a esta pregunta se requiere que la mujer haya hecho, por sí misma o con ayuda profesional, un proceso de reconocimiento de la situación que está viviendo, es decir, asumirse como mujer maltratada o asumir que su pareja es violenta o que está en una relación de maltrato. La negación de la relación de maltrato es una de las reacciones emocionales a la violencia, lo cual ha sido ampliamente documentado en la literatura especializada.<sup>8,9</sup>

Las prevalencias para cada uno de los tipos de violencia de pareja actual fueron: psicológica 19.6%, física 9.8 %, sexual 7%, económica 5.1% La desagregación en esta tipología nos permite identificar: a) que las mujeres pueden sufrir más de un tipo de violencia; b) que algunos tipos de violencia son difícilmente reconocidos o reportados por las mujeres.

### **Prevalencia de violencia y su distribución geográfica: una primera mirada a las distintas realidades del país**

Conocer la distribución de la violencia de pareja actual por entidad federativa es uno de los aspectos más relevantes de la presente encuesta, ya que por primera vez permite tener un diagnóstico de todo el territorio nacional de las condiciones de este tipo de violencia, además de realizar análisis comparativos entre las diferentes regiones del país. Por otro lado, conocer aquellas entidades en las que nunca antes se habían levantado estudios específicos es uno de los logros más importantes en el estudio de la problemática en nuestro país. Esto nos lleva a identificar las entidades, tanto con mayor prevalencia como aquellas que reportaron los indicadores más bajos.

Tal como podemos observar en la figura 1, la distribución porcentual de las mujeres que sufrieron algún tipo de violencia con la pareja actual por entidad federativa nos ofrece un panorama diverso en donde, por un lado, tenemos al estado de Aguascalientes con la menor prevalencia (9.4%) y en su extremo opuesto al estado de Quintana Roo con el mayor puntaje (31.8%), una diferencia casi cuatro veces mayor entre un estado y otro. Esta diferencia nos obliga a preguntarnos cuáles son las condiciones estructurales, culturales o poblacionales que están influyendo en esta diferencia.

Figura 1

Distribución de la población con violencia de pareja actual por entidad federativa. ENVIM, 2003



Al analizar los datos de ambas entidades, observamos que son consistentes en los diferentes tipos de violencia explorados. Así, Aguascalientes se mantiene en el lugar 32, con excepción de la violencia económica, en donde se coloca en el orden 31. Por su parte, el estado de Quintana Roo se mantiene en el primer lugar en todos los tipos de violencia. En todos los demás casos se observa una variación importante cuando analizamos el puntaje obtenido en la violencia de pareja actual y su diferente tipología.

### Consecuencias físicas de la violencia de pareja

La violencia tiene diversas consecuencias que incluyen las lesiones físicas, problemas de salud mental, así como repercusiones económicas que incluyen gastos relacionados con la atención a la

salud, impactos desfavorables en la actividad productiva de la mujer y en general en la economía familiar.<sup>5,10,11</sup> Debido a ello es que en la encuesta se incluyó un apartado que trata de identificar el impacto que la violencia en cuatro dimensiones: la salud física, el malestar emocional, la utilización de servicios de salud y la actividad productiva de la mujer. Por razones de espacio, solo se mencionarán las consecuencias físicas más reportadas.

De las mujeres que reportaron violencia por parte de la pareja actual, 23.5% ( $n=1\ 264$ ) tuvieron algún tipo de consecuencia para su salud; esto representa 4.8% del total de mujeres entrevistadas. En su mayoría, las mujeres declararon haber tenido moretones y dolores en el cuerpo (figura 2).



Estas lesiones se localizaron principalmente en extremidades superiores y en la cabeza. Es importante señalar que todas las mujeres en las que el maltrato físico tuvo alguna consecuencia para su salud tuvieron más de un tipo de lesión.

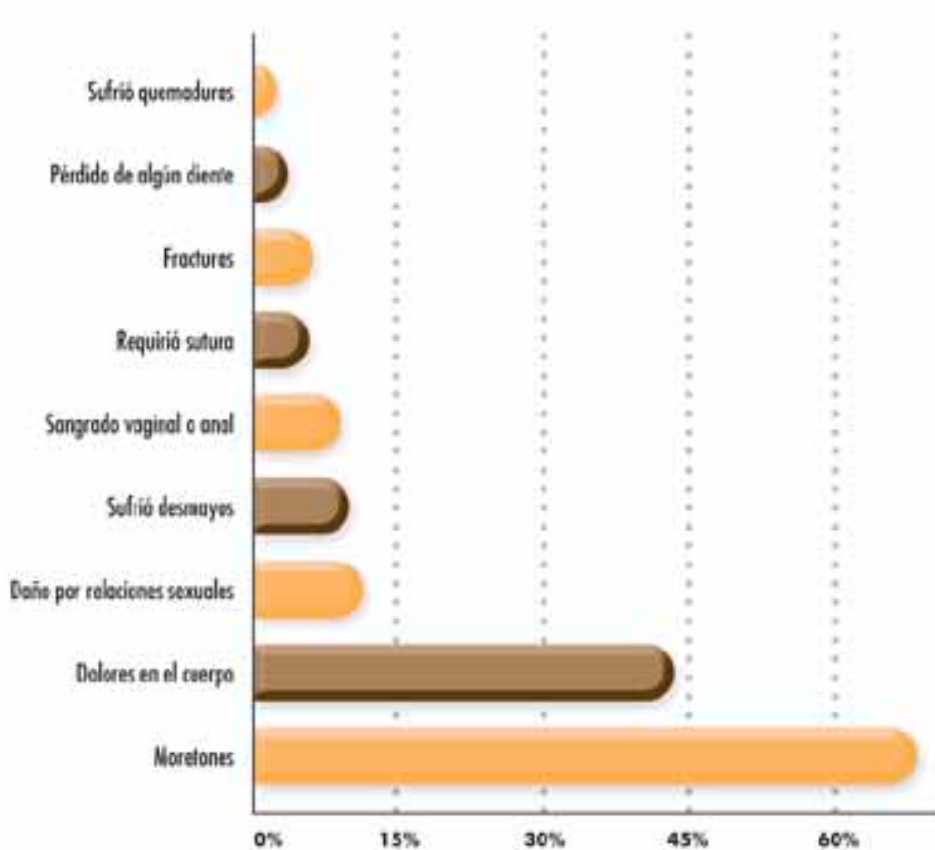
Dentro de las lesiones físicas provocadas por la violencia destacan aquellas que se presentaron durante o posteriormente a una relación sexual en el último año. El 11.4% de éstas informaron haber tenido algún tipo de daño, 9.8% infecciones genitales y 8.4%, sangrado vaginal.

De las mujeres en las que el maltrato tuvo alguna consecuencia para su salud, 30% ( $n=386$ ) tuvieron necesidad de utilizar servicios de salud para su atención. La utilización se distribuyó de la siguiente manera: 86.5% en consulta externa y urgencias, y 13.5% tuvieron necesidad de hospitalizarse, lo cual señala la severidad de las lesiones infligidas por la pareja.

Respecto a las lesiones en mujeres embarazadas, un dato que merece nuestra atención es que 4.4% de mujeres refirieron haber sido pateadas y golpeadas en el abdomen en alguno de sus embarazos.

Figura 2

Consecuencias del maltrato. ENVIM, 2003



#### Referencias

- 1 Valdez -Santiago R, Shrader E. Violencia doméstica en una micro-región en Ciudad Nezahualcóyotl. En: La luna a veces tiene miedo. México DF: Cecovid Ediciones; 1992.
- 2 Ramírez JC, Uribe G. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. Salud Publica Mex 1993; 35:148-160.
- 3 Tolbert K, Romero M. Violencia sexual y familiar en México. Resultados de una encuesta en San Miguel Allende, Guanajuato. Hombres y Familias. Carta Informativa 1996; 3, septiembre: 3-4.
- 4 Granados-Shiroma M, Madrigal R. Salud reproductiva y violencia contra la mujer. Un análisis desde la perspectiva de género (El caso de la zona metropolitana de Monterrey). En: Los silencios de la salud reproductiva: violencia, sexualidad y derechos reproductivos. Asociación Mexicana de Población (AMEP) / Fundación John D Catherine T. MacArthur; México, DF; 1998:55-106.
- 5 Bustillos MD, Sanín LH, Valdez R. Violencia doméstica y su impacto en mujeres de la industria maquiladora en Chihuahua. Boletín de PAHO; 2003. En prensa.

## A manera de reflexión

Un primer aspecto que es importante enfatizar es el hallazgo de que 1 de cada 5 mujeres en el ámbito nacional sufren violencia de su pareja actual; esto significa que una proporción importante de mujeres que demandan atención médica a los servicios de salud está sufriendo las consecuencias de la violencia y, muy probablemente, esta situación está afectando sus condiciones de salud y, por lo tanto, sus patrones de utilización de servicios de salud.

Esto coincide con estudios realizados en Estados Unidos de América donde las mujeres maltratadas representan de 14 a 28% de la población femenina que se atiende en las clínicas de primer nivel de atención; de 4 a 17% de la que acude a clínicas de atención prenatal, y aproximadamente 30% de la que se presenta lastimada en las salas de urgencias.<sup>12,13</sup> En México los casos de violencia intrafamiliar representaron 20% del total de lesionados que fueron atendidos en las salas de urgencia de la Ciudad de México.<sup>10</sup>

Esta primera aproximación a la distribución por entidad constituye una oportunidad de observar las diferentes realidades de nuestro país, lo que se expresa en una importante variación de la violencia de pareja masculina hacia la mujer entre estados. Esta variación en la prevalencia de violencia nos ofrece un panorama diverso, complejo, y sobre todo exige que el sector salud dirija sus políticas públicas de manera diferencial. Sin embargo, es importante no confundir la relevancia del problema, ya que aun en los estados de menor prevalencia, la violencia reportada sigue siendo elevada.

Por último, es importante señalar la urgente necesidad de realizar estudios específicos en aquellas entidades en donde se identificaron las prevalencias más altas y las más bajas, a manera de entender las causas que expliquen estas diferencias; para tales efectos se propone una combinación de abordajes metodológicos, tanto cuantitativos como cualitativos, para profundizar en el estudio de la problemática de la violencia hacia las mujeres.



### Referencias

6 Rivera L, Lazcano E, Salmerón C, Salazar-Martínez E, Castro R, Hernández-Ávila M. Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: A population-based study. *Salud Publica Mex* 2004; 46:113-122.

7 Asociación Mexicana Contra la Violencia Hacia las Mujeres, AC. Encuesta de opinión pública sobre la incidencia de la violencia en la familia. México DF: UNFPA / COVAC / PGJ; 1995: 99.

8 Ramos L, Saltijeral MT, Caballero MA. Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental* 1996; vol. 19 (Supl.):19-29.

9 Valdez-Santiago R, Juárez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Mental* 1998; vol. 21(6):1-10.

10 Hija-Medina M, Flores-Regata L, Valdez-Santiago R, Blanco J. Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. *Salud Publica Mex* 2003; 45:252-258.

11 Morrison AR, Orlando MB. Social and economic cost of domestic violence: Chile and Nicaragua. En: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: Domestic violence in the Americas*. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 1999:51-80.

12 McLeer S, Anwar R. The role of the emergency physician in the prevention of domestic violence. *Ann Emerg Med* 1987; octubre:1155-1161.

13 American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. *Arch Fam Med* 1992; 1:39-47.

# PARA DESCIFRAR

## SALUD REPRODUCTIVA

|   |                      |
|---|----------------------|
| Muertes anuales de mujeres a causa del cáncer del cuello del útero en todo el mundo: <sup>1</sup>                                     | alrededor de 231 000 |
| Lugar que ocupa el cáncer del cuello del útero en las causas de defunción de mujeres de 15 a 49 años de edad, en México: <sup>2</sup> | 2°                   |
| Lugar que ocupa el cáncer de mama en las causas de defunción de mujeres de 15 a 49 años de edad, en México: <sup>2</sup>              | 3°                   |
| Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en 1999: <sup>3</sup>  | 9.5                  |
| Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en 2001: <sup>4</sup>  | 6.1                  |
| Porcentaje que representan las defunciones neonatales del total de muertes registradas en los hospitales del país: <sup>1</sup>       | 60                   |
| Tasa de mortalidad materna por cada 10 000 nacidos vivos en 1955: <sup>1</sup>  | 24                   |
| Tasa de mortalidad materna por cada 10 000 nacidos vivos en 2002: <sup>1</sup>  | 6.3                  |
| Edad promedio de muerte por causas maternas: <sup>1</sup>   | 29.5                 |
| Número de nacimientos por cesárea en el ISSSTE y en los servicios privados de salud: <sup>1</sup>                                     | 6 de cada 10         |
| Lugar que ocupa Nuevo León en el porcentaje estatal de nacimientos por cesárea: <sup>2</sup>  | 1°                   |
| Porcentaje de embarazadas que entre 1994 y 1997 tuvieron atención durante el puerperio: <sup>5</sup>                                  | 58.2                 |
| Porcentaje de muertes maternas relacionadas con complicaciones del puerperio: <sup>5</sup>  | 7.8                  |
| Cobertura de protección anticonceptiva en áreas rurales: <sup>6</sup>   | 56.6%                |
| Cobertura de protección anticonceptiva en áreas urbanas: <sup>6</sup>   | 70%                  |
| Tasa global de fecundidad en México: <sup>2</sup>   | 2.27                 |
| Tasa global de fecundidad en el Distrito Federal: <sup>2</sup>  | 1.79                 |
| Tasa global de fecundidad en el estado de Guerrero: <sup>2</sup>  | 2.82                 |

### Fuentes:

- 1 Secretaría de Salud. Salud México 2002. México DF; 2003.
- 2 Secretaría de Salud. DGIED. Boletín de Información Estadística 1999; Volumen 1(19).
- 3 Secretaría de Salud. DGIED. Boletín de Información Estadística 2001; Volumen 1(21).
- 4 Secretaría de Salud. Daños a la salud, 2001. Boletín de Información Estadística 2002; Vol. II(21).
- 5 Inmujeres. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Mujeres y hombres. México DF; 2002.
- 6 IMSS-Oportunidades. Salud Reproductiva. México DF; 2003.



# NOTIGÉNERO

## CONGRESO

### II CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA.

Del 17 al 20 de mayo de 2004, en La Habana, Cuba. Invita el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). Más información con: Ivonne Mora Robledo, tels.: 5605-6205 y 5605-6634; 5601-1168 y 5601-3175; lada sin costo: 01-800-800-4738; o bien en [www.101h.com/cimeq](http://www.101h.com/cimeq)

## CONFERENCIA

### SÉPTIMA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE PREVENCIÓN DE LOS TRAUMATISMOS Y SEGURIDAD.

Del 6 al 9 de junio de 2004, en Viena, Austria. Invita la Organización Mundial de la Salud. El objetivo es analizar todos los aspectos de prevención, control e investigación relacionados con la violencia, el suicidio, los traumatismos no intencionales y la seguridad. Más información con: Sabine van Tuyll, tel.: +41 22 791 3342. Correo electrónico: [vantuylls@who.int](mailto:vantuylls@who.int)

## CONGRESO

### PRIMER CONGRESO DE PSICOLOGÍA: LA PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA EN LA ACTUALIDAD.

Del 19 al 21 de mayo de 2004, en Mérida, Yucatán, México. La Escuela de Psicología de la Universidad Modelo invita a todos los profesionistas y estudiantes relacionados con esta área. El congreso tiene como finalidad dar a conocer los

campos en los cuales el psicólogo puede estar inmerso, así como la importancia de su papel en la sociedad de nuestros días. Más información con: Magdalena Pacheco Espejel o Enna Dondé Espinosa, de 8 a 13 y de 15 a 21 horas, tels.: (999) 943 63 81 al 85 ext. 115. Correo electrónico: [congresomodelo@modelo.edu.mx](mailto:congresomodelo@modelo.edu.mx) Sitio web: [www.modelo.edu.mx](http://www.modelo.edu.mx)

## CONGRESO

### SALUD MENTAL, DIVERSIDAD Y CULTURA, NUEVOS RETOS EN LAS FRONTERAS DEL SABER Y LA ATENCIÓN.

Del 20 AL 22 de mayo de 2004, en Barcelona, España. Más información en: [www.aenbarcelona2004.com](http://www.aenbarcelona2004.com)

## CONGRESO

### QUINTO CONGRESO MUNDIAL DE LA ENFERMEDAD VASCULAR.

Del 23 al 26 junio de 2004, en Vancouver, Canadá. Más información en: [www.kenes.com/stroke2004](http://www.kenes.com/stroke2004)

## \* CURSO

### ENVEJECIMIENTO EN LA POBREZA: GÉNERO, SALUD Y CALIDAD DE VIDA.

Del 2 al 6 de agosto de 2004. Invita el Programa de Verano del Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos, México. Organizado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y por Salud y Género, A. C.

## \* CURSO

### GÉNERO Y SALUD.

Del 2 al 6 de agosto de 2004. Invita el Programa de Verano del Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos, México. Organizado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y por Salud y Género, A. C.

## CONFERENCIA

### NOVENA CONFERENCIA REGIONAL SOBRE LA MUJER EN AMÉRICA LATINA.

A celebrarse en el mes de junio en la Ciudad de México. Invita Comunicación e Información de la Mujer, A. C. (CIMAC). Más información en: [www.cimac.org.mx](http://www.cimac.org.mx)

## \* DIPLOMADO

### DIPLOMADO MULTIDISCIPLINARIO DE VIH/SIDA, DIAGNÓSTICO Y RESPUESTA ESTRATÉGICA.

Del 9 de agosto al 3 de septiembre de 2004, en el Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos, México. Organizado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), con el apoyo de Emory University.

\* De estos tres últimos eventos (los dos cursos y el diplomado) puede obtenerse más información con: Teresa Téllez, tels. y fax: +52 (7)3293010, 3293000, exts. 3117 y 3116.

